

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1961

THÈSE

N° 183

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monique TAVERNIER

née le 26.7.20 à Meyzieux (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le ;

DYSPHAGIE

PAR EXOSTOSES VERTEBRALES

Président : Mr. LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monique TAVERNIER

née le 26.7.20 à Meyzieux (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le :

DYSPHAGIE

PAR EXOSTOSES VERTEBRALES

Président : Mr. LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V°



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINEY.
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Bréca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	SATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	LAComme (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	LEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
	(Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	
	(Prof. à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)	
	(Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)	
	(Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)	
Thérapeutique	BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Cl.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.), agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	DENOIX (P.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	MATHE (G.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHT (G.)
Electro-Radiologie	DUPERRAT (B.)		
Embryologie	LEDoux-LEBARD (G.) TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAUDRE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PRAUDYOT (H.), m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) TROYER-ROZAT (J.) DEGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture. . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	KOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile. . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie.	ROSSIER (A.)	Stomatologie.	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (Lmo A.), m.c. agr
Physiologie	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)
	pr. s. ch.		
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . .	GRASSET (J.)
	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (G.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale.	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	GAULTIER
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale.	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)
Secrétaires. M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires. { M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M E R E



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550206_0018

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA SOEUR

A MES FRERES

A MES NEVEUX ET NIECE

A MON FRERE

Le Docteur J.B. TAVERNIER,
Neuro-Chirurgien
Assistant à l'Hôpital Lariboisière

Il m'a aidé de ses conseils,
qu'il trouve ici la marque de
ma fraternelle affection.

A NOTRE MAITRE ET .PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Qui nous a inspiré ce travail et
nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre très profonde affection et
de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Jean CAUCHOIX,

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui en maintes circonstances nous
a donné des marques de son affection.
Qu'il trouve ici notre profonde gra-
titude.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur F. de Gaudart d'ALLAINES

Grand Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Chirurgicale Cardio-Vasculaire
Chirurgien de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Institut

Qui nous a accueillie dans son service avec tant de bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde admiration et de
toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Madame le Docteur N. du BOUCHET

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin-Adjoint d'Anesthésie

Anesthésiologiste à l'Hôpital Broussais

Qui nous a accueillie à l'Hôpital
Broussais pendant nos études. Qu'elle
trouve ici l'assurance de notre vive
gratitude pour l'enseignement qu'elle
nous a donné et l'indulgence dont
elle a toujours fait preuve à notre
égard.

Au Docteur Jean VAYSSE

Ancien Chef de Clinique

Chirurgien-Assistant à l'Hôpital Broussais

Qui a guidé toutes nos études avec
efficacité et bonté, nous témoignant
toujours la plus indulgente amitié.
Qu'il trouve ici l'assurance de no-
tre reconnaissance et de notre fra-
ternelle affection.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Ecole Nationale de Médecine de Tours (I. & L.)

Monsieur le Professeur ARON

Monsieur le Professeur VIALLE

Monsieur le Professeur LIEFFRING

Monsieur le Professeur DENOYELLE

Monsieur le Professeur ROUZAUD

Monsieur le Professeur GAUTIER

Monsieur le Docteur ROY

Monsieur le Professeur Agrégé NEEL

Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur Jean MATHEY

Monsieur le Docteur René SAUVAGE

Monsieur le Professeur Agrégé Guy VOURC'H

AU DOCTEUR Claude de Gaudart d'ALLAINES
Chirurgien des Hôpitaux

AU DOCTEUR Jacqueline PASSELECQ
Médecin-Adjoint d'Anesthésie

AU DOCTEUR Juliette FREDET
Assistant d'Anesthésie des Hôpitaux

AU DOCTEUR Edmée PROCHLANTZ
Assistant d'Anesthésie des Hôpitaux

AU DOCTEUR D'AUBIAC
Assistant d'Anesthésie des Hôpitaux

A U X M I E N S E T A M E S A M I S

DYSPHAGIE

PAR EXOSTOSES VERTEBRALES

Dans la pathologie oesophagienne, la dysphagie est très souvent le symptôme primitif, celui qui amène le malade à consulter. Son caractère est variable : elle peut être intermittente, laissant le patient sans trouble pendant des semaines ; elle peut être aussi spasmodique, progressive et enfin permanente empêchant même le passage des liquides. Dans ce dernier cas, elle entraîne très vite des désordres généraux graves, allant jusqu'à la cachexie avec déshydratation importante. Le plus souvent la dysphagie est le symptôme révélateur d'une tumeur maligne de l'oesophage. Parfois son étiologie sera bénigne, le pronostic excellent et la guérison définitive. Il nous a été donné de connaître trois malades du Professeur LORTAT-JACOB atteints de dysphagie sévère dont l'origine était osseuse, due à une exostose sur les corps vertébraux de la colonne cervicale.

L'objet de ce travail sera :

- 1°- de montrer à travers les cas de la littérature par quels examens cliniques et para-cliniques cette étiologie peut être mise en évidence.
- 2°- d'éliminer chez ces malades les autres causes de dysphagie.
- 3°- de suivre l'évolution de cette affection à l'aide de trois observations originales.
- 4°- de conclure en proposant un traitement.

RAPPELS ANATOMIQUES, HISTOLOGIQUES
ET PHYSIOLOGIQUES

L'oesophage est un tube creux musculo-membraneux, permettant au bol alimentaire de cheminer du pharynx à l'estomac. Sa longueur totale est de 25 cm., sa portion cervicale, qui seule nous intéresse ici, mesure de 4 à 5 cm. Son origine supérieure est à 15 cm. au-dessous des arcades dentaires, située sur une ligne médiane répondant :

- en avant au bord inférieur du cartilage cricoïde,
- en arrière au niveau de C₅ ou C₆
- latéralement au tubercule de CHASSAIGNAC.

Son trajet cervical est marqué par deux courbures dans le plan sagittal, il épouse étroitement la concavité antérieure de la colonne vertébrale de C₆ à D₄, séparé toutefois du rachis par les muscles para vertébraux ; dans le plan transversal, il est légèrement oblique en bas et à gauche de l'axe osseux. Cette disposition anatomique explique qu'un incident pathologique entraînant une modification dans la structure, le volume, l'assise normale des corps vertébraux ou des apophyses transverses, puisse engendrer une gêne plus ou moins marquée au transit du bol alimentaire dans ce viscère.

L'oesophage cervical est fixé au cou par l'intermédiaire d'une gaine viscérale commune à la trachée et au corps thyroïde. Son orifice supérieur, ou bouche oesophagienne, possède un sphincter vrai formé de fibres musculaires striées.

La structure histologique de la paroi oesophagienne épaisse de 3 mm. environ est formée de l'extérieur vers l'intérieur :

- d'une couche musculaire de fibres longitudinales en surface, circulaires en profondeur. Le plexus d'AUERBACH se trouve entre les deux couches. Les fibres sont striées dans le tiers supérieur, lisses dans le tiers moyen, entremêlées striées et lisses dans le tiers inférieur ;
- d'une couche sous-muqueuse de tissu lâche dans lequel se trouve des glandes tubuleuses et le plexus de MEISSNER ;
- d'une couche muqueuse directement au contact du bol alimentaire, c'est un épithélium pavimenteux stratifié possédant de nombreuses glandes muqueuses.

L'innervation de l'oesophage est double : vagale et sympathique. Les deux nerfs pneumogastriques se distribuent directement dans la portion thoracique. Par contre, le segment cervical est sous la dépendance des deux nerfs vagues par l'intermédiaire des Récurrents ou de leurs branches. L'action du sympathique sur l'oesophage cervical se fait par le plexus de HALLER et les filets nerveux accompagnant l'artère thyroïdienne inférieure ; la portion thoracique est sous l'influence des fibres issues du ganglion cervical inférieur. Il existe enfin des anastomoses sympathico-vagales et sympathico-récurrentielles au niveau de la bifurcation trachéale, des plexus d'AUERBACH et de MEISSNER.

La fonction physiologique de l'oesophage est d'assurer le transit du bol alimentaire en direction du cardia. Depuis MAGENDIE on reconnaît à la

déglutition trois stades : le premier est bucal, il est volontaire. Le deuxième est pharyngien, le troisième oesophagien, ces deux derniers étant involontaires ou réflexes. Seuls les temps pharyngien et oesophagien sont affectés par une exostose vertébrale, c'est pourquoi il est bon de comprendre un peu plus en détail leur mécanisme. Au niveau du pharynx la déglutition résulte de deux types de mouvements : l'élévation du pharyngo-larynx suivie par celle de l'oesophage supérieur et la contraction des muscles constricteurs pharyngés. Les aliments sont ensuite canalisés vers l'oesophage, c'est le début du troisième stade. Le passage du bol alimentaire dans ce viscère est assuré par le relâchement du sphincter crico-pharyngé constitué par le faisceau inférieur du muscle constricteur inférieur. Le sphincter s'ouvre de façon réflexe au devant du bol et se referme hermétiquement derrière lui. Le pharyngo-larynx redescend à sa place initiale, la voie aérienne s'ouvre à la reprise respiratoire.

Le cheminement des aliments est dû à une succession d'ondes péristaltiques étudiées radiologiquement par TEMPLETON. Celui-ci conclut à l'existence :

- 1°) d'ondes primaires, ce sont les plus importantes ; elles font progresser le bol de haut en bas, même sans l'aide de la pesanteur. Elles sont toujours précédées d'une distension passive de l'oesophage.
- 2°) d'ondes secondaires provoquées par le relâchement du tonus oesophagien. Elles naissent au niveau de la crosse aortique, descendent le long de la moitié inférieure du viscère, se propagent

à la fois dans le sens céphalique et caudal. Ces ondes, perçues seulement en position de décubitus, ne sont toutefois pas admises par tous les auteurs, leur intensité est très faible par rapport aux précédentes.

3°) Enfin, il existe des ondes tertiaires rarement rencontrées chez le sujet jeune, se produisant en dehors de tout mouvement de déglutition. Elles sont limitées, segmentaires et transitoires ; on leur a attribué un rôle dans la pathologie du spasme étagé de l'œsophage.

La vitesse du transit varie de une seconde à plusieurs minutes suivant la consistance du bol alimentaire ; la pesanteur n'a que peu d'influence.

Au niveau du rétrécissement aortique et au-dessus du diaphragme, les aliments marquent un bref temps d'arrêt. L'orifice œsophagien inférieur, ou "sphincter fonctionnel" de certains auteurs, est en état de fermeture tonique au repos ; il s'ouvre à chaque déglutition sous l'influence des deux nerfs pneumogastriques, soit directement, soit par l'intermédiaire de plexus intramuraux excités par les ondes péristaltiques. Ces plexus intramuraux sont encore mal connus. L'existence d'un centre réflexe de la déglutition a été démontrée par MARCHWALD, en 1889, par destruction élective du bulbe au-dessus de l'aile grise. Le centre est situé au-dessus du centre respiratoire dans la substance réticulée bulbo-protubérantielle. Le mécanisme nerveux responsable des divers stades de la déglutition a fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs théories ont été émises. La plus satisfaisante semble celle imaginée par CHAUVEAU et MOSSO. Ils ont remarqué que lorsqu'un bol alimentaire

échappe du fait de son volume à l'onde péristaltique, il doit attendre pour reprendre sa marche qu'une nouvelle onde péristaltique, provoquée par un autre mouvement complet de déglutition le prenne en charge, au cours de sa progression. Ils ont pratiqué de plus, l'expérience suivante :

L'oesophage est sectionné, les extrémités abouchées à la peau, les nerfs vagues moteurs étant respectés. Dans ces conditions le bol, normalement dégluti, s'échappe en cours de route. Ils ont constaté alors la progression de l'onde péristaltique le long du tronçon inférieur en dépit de l'interruption anatomique. Ils ont ainsi pu conclure que l'excitation initiale faisait jouer les différentes touches du "clavier nerveux central" contenu dans le centre bulbaire de la déglutition.

ETUDE CLINIQUE

LES SYMPTOMES FONCTIONNELS

La dysphagie due à une arthrose cervicale est rare ; quatre vingt neuf cas seulement ont été retrouvés dans la littérature à l'occasion de ce travail. En général, cette dysphagie est progressive, indolore permettant presque toujours le passage d'aliments liquides et même semi-liquides. L'évolution est lente, quelques semaines, deux ou trois mois, une ou plusieurs années. Deux exceptions toutefois : une femme de soixante sept ans citée par BAUER chez qui la dysphagie est apparue brutalement, un morceau de viande étant resté fixé au niveau du rétrécissement œsophagien, empêchant toute déglutition, même de salive ; il a fallu lever l'obstacle par voie endoscopique. Le deuxième malade est rapporté par GOGMOS dans sa thèse : la dysphagie fût presque totale en quatre jours, sans aucun signe prémonitoire anormal de la déglutition.

Second caractère particulier : les troubles sont intermittents, un malade ayant eu même une rémission de six ans. PIQUET explique ce phénomène par l'existence de poussées inflammatoires dans le tissu cellulo-graisseux juxta-vertébral d'une part, péri-médullaire d'autre part ; ce dernier étant

par conséquent intra-osseux. Cette cellulite entrave les mouvements de contraction ainsi que la propulsion des ondes péristaltiques œsophagiennes.

La douleur déclenchée par le passage du bol alimentaire à travers le rétrécissement est peu fréquente ; nous l'avons relevée chez dix malades seulement. Il s'agit le plus souvent d'une algie permanente de la région pharyngée et des épaules, irradiant vers la face ou vers un bras, une main. La déglutition exaspère la douleur, obligeant à suspendre la prise d'aliments.

Il faut souligner le caractère "capricieux" de cette dysphagie ; tantôt elle permet un passage facile des bouillies et des liquides, le transit des solides étant difficile, voire même impossible ; tantôt, au contraire, d'une façon paradoxale, les aliments durs seront presque normalement avalés mais il faudra répéter les mouvements de déglutition pour faire descendre la salive ou un liquide. Cette dernière alternative a été mise en évidence chez les trois malades du Professeur LORTAT-JACOB.

En général, il est toujours possible de nourrir le malade par son œsophage. Il a fallu cependant pratiquer une dérivation chez trois malades, gastrostomie rendue nécessaire par leur état de cachexie avec déshydratation importante. Le cas rapporté par HECK est particulièrement intéressant : il s'agit d'une malade de soixante deux ans, porteuse d'exostoses importantes sur les corps vertébraux de C_3 , C_4 , C_5 et C_6 . Une œsophagoscopie ne relève alors aucune anomalie de la muqueuse. L'anorexie de la malade accompagnée de dénutrition et de déshydratation obligent à pratiquer d'urgence une gastrotomie. Les troubles s'amendant, l'état général s'améliore, l'œsophage après dix jours admet le passage d'aliments semi-liquides. La dérivation toutefois

est maintenue perméable pendant sept semaines. C'est alors que l'on pratique un nouvel examen endoscopique, une tumeur est découverte, la biopsie pratiquée au cours de l'œsophagoscopie révèle un carcinome épidermoïde. Ce cas infirme l'hypothèse de FALK : le danger de la formation ultérieure d'un cancer local sur cette zone d'irritation invétérée.

La dysphagie est-elle le seul trouble œsophagien ? Il semble en être ainsi dans la majorité des cas. Cependant certains malades se plaignent de régurgitations et de sialorrhée. Le rejet d'aliments vers la cavité buccale est ici immédiat, l'obstacle au transit étant haut situé. Cette précocité de la régurgitation est un signe précieux car il n'est pas habituel dans le cancer œsophagien, il permet donc d'éloigner le diagnostic de tumeur maligne. La sialorrhée est déclenchée par le réflexe Oesophago-salivaire ; ce mécanisme est lui-même engendré par l'irritation de la paroi œsophagienne au contact de l'exostose ; tantôt elle va de pair avec un syndrome dysphagique prononcé, tantôt elle est le seul trouble de la déglutition, le transit alimentaire étant normal comme c'est le cas pour deux malades du Professeur LORTAT-JACOB. Il faut insister sur le caractère intermittent, capricieux de tous ces troubles fonctionnels ; ils apparaissent, disparaissent, s'intensifient, quelques fois s'amendent. Ce "va et vient" est une différence fondamentale avec une lésion néoplasique.

Les troubles laryngés sont rares : neuf malades présentaient une dysphonie, quatre autres avaient eu des épisodes de dyspnée avec "tirage". L'un et l'autre signes coïncidaient avec une poussée aiguë de dysphagie. Les malades ressentent le besoin "d'éclaircir" leur voix comme pour chasser un corps

étranger situé dans l'hypopharynx. Les phénomènes inflammatoires atteignent à la fois le tissu péri-laryngé et le tissu prévertébral touchant le Récurent. Cette disposition anatomo-pathologique est responsable de l'enrouement douloureux, exacerbé encore par l'émission de sons, ou les mouvements d'inspiration forcée. Tous ces symptômes réagissent parfaitement aux traitements anti-inflammatoires.

SIGNES GÉNÉRAUX

Ceux-ci sont dominés par la dénutrition. Ce n'est que progressivement que le malade est amené à sélectionner son alimentation. Celle-ci devient de plus en plus anormale en quantité, en qualité aussi. La perte de poids, d'abord minime passe inaperçue ; l'amaigrissement devient sévère, avec lui s'installe le cortège pathologique habituel : l'asthénie, l'anorexie, voire même les graves troubles de carence, oedème, escarres.

Quelle place faut-il faire à la pathologie osseuse "primum movens" de la dysphagie ?

Les lésions sont souvent énormes : arthrose, spondylose, exostose monstrueuse. Les ostéophytes sont le plus souvent fixés sur la face antérieure des corps vertébraux, exceptionnellement sur les apophyses transverses. Les apophyses articulaires et les trous de conjugaison ne sont pas touchés par la maladie ; on comprend ainsi que ces troubles engendrés soient

orthopédiques, le plus souvent : statique vertébrale anormale, limitation des mouvements de la colonne cervicale. Toutefois, on peut voir apparaître un syndrome de dégénérescence discale entraînant des radiculo-névrites, atteignant le plexus brachial, la région scapulaire ou occipitale. Cette pathologie neurologique a été trouvée chez cinq malades ; l'un d'eux, rapporté par HEIMEDINGER, KLOTZ et LAFON, souffrait d'une otalgie droite. Le plus souvent les désordres osseux sont des découvertes radiologiques. Enfin, il faut remarquer l'absence de chronologie fixe entre les syndromes oesophagien et vertébral : tantôt la dysphagie s'inscrit sur un lourd passé connu de rhumatisme, tantôt ce sont les troubles de la déglutition qui apparaissent en premier, les manifestations osseuses étant beaucoup plus tardives, voire même nulles.

SIGNES PHYSIQUES

L'examen physique de l'oesophage se réduit à fort peu de choses ; seule la portion cervicale est accessible aux doigts. Il faudra rechercher à la base du cou une masse mobile ou non avec les mouvements de déglutition ; on pourra palper également en arrière du cartilage thyroïde : ceci a permis de découvrir chez une malade une masse mobile avec les mouvements de la tête la radiographie a montré, dans ce cas, sur la face antérieure de C₅ et C₆ une exostose importante, responsable de la dysphagie. Il faudra aussi examiner les creux sus-claviculaires, recherche qui sera négative, on ne trouvera pas d'adénopathie.

De grande importance est l'examen soigneux de la cavité buccale car il peut être riche en renseignements. Une fois on a trouvé ainsi, en arrière de l'épiglotte, une voussure douloureuse à la pression, correspondant à une lésion osseuse de C_2 et C_3 . Chez un autre malade, on a perçu deux masses bilatérales, de part et d'autre de l'os hyoïde, masses mobilisables, sans adhérence, dont la palpation était douloureuse. Il s'agissait d'une malade de soixante quatorze ans citée par TURPIN et CAMMON, porteuse d'une spondylite déformante spécifique ; sur C_5 et C_6 se trouvaient de volumineux ostéophytes comprimant la bouche œsophagienne. Révélateur quelquefois sera le toucher sous la langue : REBATTU, MEREAUD et LAFON rapportent l'observation d'une femme de quatre vingt deux ans chez qui, grâce à cet examen, ils ont découvert une tuméfaction importante, non dépressible ne saignant pas au contact du doigt.

La seule clinique ne permet pas de connaître une dysphagie, d'en préciser l'importance et le siège, d'en mettre la cause en évidence, de poser le traitement. Il faudra toujours avoir recours à quatre examens de spécialité qui sont :

- l'examen laryngé ;
- la radiographie et la radioscopie
- l'œsophagoscopie
- et la bronchoscopie
- Examen pharyngo-laryngé

Il est intéressant dans le cas de lésions très haut situées. On aperçoit alors soit une voussure en arrière de l'épiglotte, soit une déviation latérale de la bouche œsophagienne ou de l'orifice glottique. Enfin,

à l'aide du miroir laryngé, on examine les cordes vocales ; parfois on constate la paralysie de l'une d'elles.

- Radiographie, radioscopie

Les différents examens sous rayon X représentent une étape très importante vers le diagnostic de dysphagie par arthrose cervicale. La radiographie jointe à la radioscopie permettent de déceler les modifications pathologiques du squelette vertébral et d'en connaître les conséquences lors des mouvements de déglutition.

Les déformations osseuses de la colonne cervicale se trouvent dans toutes les observations. Ce sont des lésions rhumatismales pures, ou post-traumatiques ; elles peuvent être :

- des becs ostéophytiques ;
- de véritables ponts osseux soudant entre eux plusieurs corps vertébraux par leur face antérieure ;
- des spondylolisthésis ;
- enfin, des calcifications enchâssées dans le tissu cellulaire prévertébral.

Les proliférations osseuses, quelques fois monstrueuses refoulent l'œsophage qui se coude sur elles ; un véritable rétrécissement est alors visible. Ces premières observations sont possibles sur des clichés simples, sans préparation pris sous des incidences appropriées.

L'examen est poursuivi sous radioscopie avec prise fréquente de clichés. Il faut alors opacifier l'œsophage par l'ingestion de préparations barytées de consistances variées : liquide, semi-épaisse, solide, morceaux

de pain enrobés de baryte. Le malade sera examiné debout et en position de décubitus, de face, de profil et en O.A.D. ce qui donne souvent de très bons renseignements. C'est seulement lorsque le patient est derrière l'écran qu'il faut lui présenter une cuillerée de la substance de contraste, le transit, même freiné par un rétrécissement, est très rapide. Suivant l'importance de la dysphagie, la baryte passe facilement ou non. Quelquefois, celle-ci ne sera pas acheminée en "bloc" vers le cardia. BROMPART a rapporté ainsi l'observation d'une femme de soixante dix ans dont la dysphagie remontait à quatre ans ; elle était, en outre, atteinte de nombreuses localisations rhumatismales douloureuses. Chez cette malade, la baryte même semi-liquide, ne descendait que par secousses ; pour faire progresser la bouillie, la patiente devait répéter dix à douze fois les mouvements de déglutition, ceci à intervalles les plus rapprochés possible. On remarquait, en outre, une stase de la baryte dans les replis de la fossette glosso-épiglottique et dans les sinus piriformes ; ce dernier caractère n'a été relevé que dans un seul autre cas cité par IGLAUER, son malade se plaignait d'avoir la sensation d'une "fausse route" lors de la prise d'aliments.

La déglutition d'une substance opaque renseigne sur les rapports de l'œsophage et de l'axe osseux. Normalement, il n'y a pas d'adhérence entre l'un et l'autre, les parois du viscère sont détachées de la colonne cervicale, ce qui permet le jeu des ondes péristaltiques pendant la déglutition. Ici la réaction inflammatoire du tissu pré-vertébral modifie la disposition physiologique ; la paroi postérieure de l'hypopharynx ou de l'œsophage (suivant le niveau de la déformation) ne se détache jamais complètement du plan vertébral ; de plus, elle ne se déplisse pas. On peut même en O.A.D.

voir apparaître une image pseudo diverticulaire très fugace ; elle est due à l'onde péristaltique qui, du fait de l'obstacle, est visible simultanément au-dessus et au-dessous du rétrécissement.

OESOPHAGOSCOPIE

C'est un examen de spécialiste donnant dans de bonnes mains des renseignements précieux. Il est pratiqué sur le malade à jeun soit après une narcose de base et une insensibilisation locale, soit beaucoup plus agréablement sous anesthésie générale. SMITH et TANNER ont relevé sur 6.050 œsophagoscopies : six perforations seulement ; parmi elles, quatre étaient dues à la présence d'ostéophytes vertébraux ; La technique utilisée n'a pas été précisée. Dans le service du Professeur LORTAT-JACOB, les œsophagoscopies sont toujours pratiquées sous anesthésie générale : pentothal intraveineux avec un myorésolutif à action brève type succinylcholine. Cette technique paraît particulièrement recommandable dans les dysphagies arthrosiques ; elle permet en effet d'obtenir le maximum possible de relâchement musculaire au niveau des masséters, du cou et de la nuque. On palie ainsi quelque peu à la raideur habituelle du rachis de ces malades. On évite pratiquement tout danger dû à cette forme d'investigation.

Quatre vingt quinze pour cent des malades ont eu une ou plusieurs œsophagoscopies, un seulement a refusé. Le tube endoscopique a franchi le rétrécissement dans tous les cas sauf un. Cette impossibilité de faire progresser l'instrument a été signalé par FOUSSIER-CHABANIER dans sa thèse.

Il s'agissait d'un homme de soixante dix ans. Les radiographies ont montré de volumineux becs ostéophytiques sur C_6 et C_7 avec, en plus, des fragments ossifiés enchâssés dans le tissu prévertébral devant ces mêmes vertèbres. Le tube n'a pu franchir la dépression de l'oesophage à ce niveau, il butait sur un obstacle extra-oesophagien mais la muqueuse était parfaitement saine, sans aucun aspect inflammatoire. Ce dernier signe négatif est très important ; il permet d'écarter le diagnostic de tumeur intra-oesophagienne. Il faut insister sur l'absence de caractère pathologique de la muqueuse, ce facteur est constant dans cette forme de dysphagie. En effet, l'oesophagoscopie a été trouvée normale chez six malades, le tube descendait facilement, pourtant les troubles de la déglutition étaient relativement importants. Dans les autres cas, l'endoscopie montrait l'image d'une compression extra-oesophagienne, le passage de l'instrument pouvant même déclencher un spasme annulaire. Une femme de trente neuf ans examinée par VAN HOVE, se plaignait depuis plusieurs mois d'une gêne permanente en arrière de la fourchette sternale, la déglutition provoquait chez elle une douleur violente à ce niveau ; la dysphagie, affectant seulement les solides, était modérée. La radiographie montrait une grosse spondylose, séquelle d'une fracture ancienne des corps de C_5 et C_6 . Il en résultait une compression de l'hypopharynx déclenchant en aval un spasme annulaire, spasme provoqué également par le passage du tube endoscopique. Muqueuse saine, compression extra-oesophagienne sont les deux conclusions habituelles ici de l'oesophagoscopie. La nature de l'obstacle gênant le transit est difficile à préciser par cet examen seul. En effet, la compression peut être le fait de l'existence d'une thyroïde aberrante ou plus simplement d'un nodule thyroïdien, ce peut être une adénopathie médiastinale haute ; enfin, parmi plusieurs autres causes, il faudra écarter

une tumeur laryngée ou bronchique. C'est pourquoi la plupart des auteurs conseillent de pratiquer au cours de la même séance endoscopique une bronchoscopie exploratrice. Celle-ci est constamment négative. Deux malades présentaient des déviations latérales de la trachée mais toujours l'examen a été possible, révélant des muqueuses trachéales et bronchiques normales.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Le chapitre est infiniment vaste. On peut toutefois répartir les dysphagies en deux grands groupes : celles dont la cause est une atteinte de l'œsophage lui-même, celles enfin, parmi lesquelles il faut classer les arthroses cervicales, dont l'origine est extra-œsophagienne.

Maladies de l'œsophage tout d'abord : parmi celles-ci les plus fréquentes sont les carcinomes épidermoïdes. En faveur de ce diagnostic ici, est incontestablement l'âge des malades ; sur la série de quatre vingt neuf, trois seulement ont moins de 50 ans. Mais la clinique éloigne du cancer ; la dysphagie n'est pas toujours progressive, elle est intermittente, irrégulière avec souvent de longues périodes de rémission, ce qui n'est pas le fait d'un carcinome ; elle réagit au traitement par une amélioration spectaculaire, voire même définitive en cas de chirurgie. Enfin, les examens spécialisés : radiographie, œsophagoscopie en montrant toujours une muqueuse saine, éloignant définitivement d'une lésion maligne.

Plus difficile parfois est l'élimination des compressions extra-œsophagiennes. Parmi celles-ci, les plus fréquemment évoqués sont les obstacles haut situés : hypertrophie thyroïdienne banale, thyroïde aberrante, nodule thyroïdien ou cancer du corps thyroïde. Dans ces cas la radiographie montre un déplacement latéral de l'œsophage et un élargissement considérable de l'espace œsophago-vertébral où se trouve la tumeur. L'importance des lésions peut seule provoquer une dysphagie ; le symptôme se voit tard dans l'évolution de la maladie, à un moment où les désordres humoraux endocriniens sont faciles à mettre en évidence.

Un chapitre important concerne les dysphagies "lusoria" décrites déjà en 1789 par BAYFORD. Leurs causes sont vasculaires :

- artère sous-clavière aberrante qui naît directement de l'aorte descendante, à gauche de la ligne médiane, se dirige à droite, en passant entre la colonne vertébrale et l'œsophage, ou entre ce dernier et la trachée ; si l'on opacifie l'œsophage, on aperçoit l'empreinte de l'artère sur le viscère, image pulsatile extrêmement évocatrice.
- anomalies de la crosse aortique, ce peut être : une crosse à droite, ou une double crosse qui forme un anneau enserrant l'œsophage, dans ce cas la dyspnée est de règle.
- enfin, deux causes extrêmement rares de dysphagie : celle rencontrée au cours d'un anévrysme aortique et celle rapportée par BROMPART due à un déroulement sénile important de la crosse aortique.

Dans cette étiologie vasculaire, la dysphagie s'accompagne le plus souvent d'une nette symptomatologie cardio-vasculaire. Enfin, et surtout, les techniques modernes d'investigations, en particulier les angiographies permettent aisément de mettre en évidence ces anomalies.

Rare en France mais évoqué toujours dans la littérature anglo-saxonne est le syndrome de PLUMMER, VINSON. Les analogies des signes cliniques de la dysphagie sont certaines : troubles de la déglutition intermittents, capricieux, l'oesophage admettant et refusant tour à tour soit le passage des solides, soit celui des liquides. Dysphagie souvent douloureuse avec sensation de gêne, de constriction dans la région de l'hypopharynx. Tous ces signes fonctionnels sont très proches de ceux évoqués au cours des dysphagies par arthrose. Toutefois, d'autres symptômes permettent de préciser l'étiologie ; ce sont les troubles des phanères : ongles mous, cassants, l'aspect vernissé de la langue s'accompagnant de sécheresse de la bouche. Enfin, les examens complémentaires essentiellement la baisse du taux de l'hémoglobine avec une anémie hypochrome autour de 2 à 3 millions de globules rouges, ainsi qu'une achlorhydrie gastrique évoquent une carence en fer. L'administration de fer à hautes doses, fait régresser toujours la dysphagie.

TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS

I.- Madame M.... âgée de cinquante ans est vue par le Professeur LORTAT-JACOB pour une dysphagie modérée affectant la salive et les liquides, influant peu sur la déglutition des aliments solides. A l'examen, il s'agit d'une malade ayant un cou court et large. On est frappé par une légère exophthalmie gauche, accompagnée d'un certain éclat du regard de ce côté. A la palpation, on sent au niveau de la thyroïde à gauche, une masse dure, arrondie, non dépressible. La radiographie montre un refoulement de l'oesophage cervical vers la droite par une masse plus ou moins calcifiée en forme de diverticule, ceci à hauteur de C₆ et C₇. Est-ce un nodule thyroïdien calcifié ? Est-ce une exostose prévertébrale formant un chevalet sur lequel se tendrait l'oesophage ?

L'état général de la malade est satisfaisant, les examens hématologiques normaux, les examens cardiovasculaires et pulmonaires sont négatifs.

On intervient le seize septembre 1957 par cervicotomie pré-sternomastoïdienne gauche. On découvre un lobe thyroïdien gauche assez ferme mais non calcifié, de volume normal. L'oesophage cervical apparaît nettement dévié sur la droite. On sectionne l'artère thyroïdienne inférieure et les muscles omo-hyoïdiens. On peut alors refouler en bloc vers la droite : le corps thyroïde, la trachée et l'oesophage. On arrive ainsi sur la face antérieure de la colonne cervicale. Il existe au niveau de C₆ et C₇ d'importantes exostoses formant au total une masse du volume d'un noyau de pêche. On abraze au ciseau frappé et à la pince gouge la prolifération osseuse. La mise au net est satisfaisante. On remet alors l'oesophage en place ; on glisse un drain de REDON dans l'espace cellulaire rétro-oesophagien, on ferme les muscles au cotgut, on suture la peau avec un surjet de nylon. Les suites opératoires

sont très simples et on obtient un excellent résultat fonctionnel.

II.- Monsieur R..... âgé de 58 ans est vu par le Professeur LORTAT-JACOB pour une dysphagie légère. Les premiers symptômes remontent à huit mois. Depuis, le malade ressent par intermittente une gêne douloureuse provoquée par la déglutition de salive. Il se nourrit normalement. Il se plaint toutefois d'une impression de "gorge serrée". Il n'a pas de modification de la voix. Les signes physiques sont inexistantes si ce n'est le réveil de la douleur rétro-laryngée par la mobilisation du cartilage thyroïde. Les aires ganglionnaires sont libres. Le toucher endo-buccal est négatif.

A la radiographie, on voit une saillie importante sur la face antérieure des corps vertébraux de C₅ et C₆, plus des ostéophytes fixés aux vertèbres. L'opacification de l'oesophage ne montre aucune anomalie. Une œsophagoscopie fait apparaître à 17 cm. des arcades dentaires, une tumeur arrondie, bosselée, implantée semble-t-il en arrière et à droite. Le tube ne peut descendre plus bas.

Les examens complémentaires de laboratoires sont normaux, l'état général satisfaisant. On conclut alors à une compression œsophagienne par un bloc ostéo-cartilagineux vertébro-discal, à n'enlever que dans le cas improbable où il grossirait outre mesure, où la gêne fonctionnelle augmenterait.

III.- Monsieur L..... âgé de 58 ans se plaint depuis 3 mois d'une gêne dans la région pharyngée. Cette sensation de "resserrement" est intermittente ; elle s'accompagne de temps en temps de difficulté pour déglutir la salive. Le malade est obligé de pratiquer alors plusieurs mouvements de déglutition pour assurer le transit de la salive retenue dans l'hypopharynx. Par

ailleurs, il se nourrit normalement mais souffre de sa colonne cervicale, flexion et rotation de la tête sur le cou diminuées et douloureuses

La radiographie avec opacification montre un ostéophyte de la grosseur d'un pois attaché sur la face antérieure de C₆ au bord inférieur ; en regard de cette prolifération osseuse il y a une encoche sur la face postérieure de l'oesophage. Cette enclave ne ressemble pas à une perte de substance, la paroi est partout souple et lisse. L'oesophage en réplétion se détache bien de l'axe osseux. Etant donné le peu d'importance des troubles, le Professeur LORTAT-JACOB conseille la radiothérapie anti-inflammatoire sur la région vertébrale douloureuse. L'indication chirurgicale ne sera portée qu'en cas d'une aggravation de la dysphagie et d'un échec du traitement physique.

TRAITEMENTS

Les traitements les plus divers ont été proposés ; les uns sont médicaux ou physiques, d'autres orthopédiques ; enfin, huit communications font état d'une guérison définitive par l'abrasion chirurgicale du massif osseux pathologique.

Différentes causes sont attribuées à ces troubles. Il est évident pour tous qu'à l'origine de ces dysphagies il existe autre chose qu'une simple compression vertébrale. NEMOURS-AUGUSTE et BARAG viennent de rassembler en deux théories les étiologies proposées jusqu'à ce jour. Pour les uns, dont TERRACOL et PIQUET, c'est un désordre vago-sympathique qui est en jeu : compression du plexus pharyngien entraînant la sensation de corps étranger dans l'hypopharynx, oedème des fibres sympathiques péri-artérielles. Deux arguments viennent appuyer cette thèse, d'une part l'existence d'exostoses monstrueuses sur les corps vertébraux cervicaux sans aucune dysphagie, d'autre part l'amélioration rapide et durable parfois de la déglutition par la radiothérapie anti-inflammatoire. Les partisans du traitement par agents physiques appliquent avec HEIMENDINGER, KLOTZ et LAFON, 1.400 à 2.000 "r" sur chacun des deux champs sous-angulo-maxillaires droit et gauche. Le nombre des séances varie de 9 à 12. PIQUET, partisan aussi de cette thérapeutique, adjoint simultanément l'infiltration par la novocaïne du sympathique cervical.

Certains auteurs ont appliqué des traitements orthopédiques. C'est ainsi qu'une malade a été immobilisée pendant trois mois dans une minerve plâtrée. Pour d'autres, il faut faire de la kinésithérapie, des élongations pour rétablir une statique normale de l'assise vertébrale. Ces manoeuvres orthopédiques n'ont été pratiquées que chez les quelques malades relativement jeunes (40 ans maximum) ; chez eux le désordre osseux était traumatique : séquelle de fracture avec gros cal proéminent, spondylolisthésis. Cette thérapeutique a été dans l'ensemble peu satisfaisante ; elle est pratiquement abandonnée aujourd'hui.

Infiniment plus séduisante est l'abrasion chirurgicale de l'exostose. Huit malades en ont bénéficié, chaque fois avec un succès définitif. J. CAU-CHOIX, J.P. BINET et J. EVRARD ont décrit une voie d'abord antérieure du rachis cervical, technique simple et rapide. Le malade est intubé avec une sonde armée de façon à éviter les coutures du tube lors des manipulations tranchéales. Il est placé en position dorsale, la tête en rotation forcée sur le côté droit. L'incision suit le bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien partant 1cm. au-dessous de la pointe de la mastoïde et descendant jusqu'à 1 cm. au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Après incision de l'aponévrose cervicale superficielle, juste en avant du sterno-cleido-mastoïdien, on arrive dans l'espace sous-sterno-mastoïdien. On traverse l'aponévrose moyenne, on sectionne l'homo-hyoïdien. On lie ensuite l'artère thyroïdienne inférieure et les veines thyroïdiennes moyennes. Il faut alors, d'une part, soulever en bloc, sans les disséquer, corps thyroïde, trachée, oesophage, d'autre part récliner le sterno-cleido-mastoïdien protégeant les gros vaisseaux du cou. On a ainsi un jour excellent sur l'espace rétro-viscéral limi-

té en avant par l'œsophage, en arrière par l'axe osseux. Il ne reste plus qu'à décoller la face postérieure de l'œsophage pour découvrir la face antérieure des vertèbres cervicales à la demande de C₄ à C₇. Il reste à pratiquer le temps osseux ; c'est l'abrasion de l'exostose au ciseau frappé, la régularisation de la surface étant complétée à la pince gouge. On place un drainage aspiratif (type Redon) dans l'espace rétro-œsophagien et on referme la paroi en deux plans. Le drainage est enlevé au bout de 48 heures, les suites opératoires sont très simples avec reprise rapide d'une alimentation normale. Cette intervention chirurgicale très bien réglée à présent n'est en rien traumatisante, il faut moins d'une heure pour la pratiquer ; on peut donc parfaitement la proposer chez les malades dont l'état général est moyen. Nous croyons, avec le Professeur LORTAT-JACOB, que le traitement chirurgical a transformé l'avenir de ces formes de dysphagies. On ne doit plus les laisser évoluer vers un état de dénutrition grave. La gastrostomie pratiquée chez trois malades, ne paraît plus être valable à présent. En effet, cette dérivation gastrique est à peine moins traumatisante que l'abrasion de l'exostose par voie pré-sterno-mastofidienne.

CONCLUSIONS

De cette étude, il résulte que les dysphagies par arthrose cervicale sont rares.

On peut les mettre en évidence :

- par le caractère capricieux, intermittent de tous les signes cliniques ;
- par les déformations du squelette vertébral-cervical, en notant l'absence totale de concordance entre le syndrome osseux et la sévérité de la dysphagie.
- par des clichés de l'œsophage opacifié ; ceux-ci montrent parfois de curieuses images pseudo-diverticulaires très fugaces, ou bien une stagnation de la baryte dans l'hypopharynx ou les sinus piriformes ; cette retenue de la substance de contraste cède à la répétition rapide des mouvements de déglutition succédant, il est bon de le souligner, à la prise d'une seule cuillerée de bouillie barytée.
- enfin, par une œsophagoscopie révélant toujours une muqueuse saine.

La descente du tube est rarement impossible, dans ce cas l'obstacle apparaît dans la lumière de l'oesophage, comme étant extra-oesophagien.

L'évolution favorable de la dysphagie arthrosique tranche nettement avec la sévérité du reste de la pathologie oesophagienne. En effet, ici, le pronostic est bon, aucune mortalité n'a été relevée dans la littérature. C'est pourquoi il est prudent de ne pas poser trop facilement ce diagnostic, de rechercher les signes négatifs pour éliminer sûrement les causes plus fréquentes de dysphagie : soit une atteinte oesophagienne pure, soit une compression extrinsèque, de ce viscère par l'intermédiaire de lésions du médiastin, des organes de la base du cou de l'hypopharynx.

Un traitement efficace peut guérir définitivement ces malades. Si les troubles sont discrets dans leur intensité et leur périodicité, une thérapeutique anti-inflammatoire par R.X. les feront disparaître. Si la dysphagie est d'emblée importante (ou le malade vu trop tard), l'alimentation sera difficile et pénible, il est raisonnable de proposer alors l'ablation chirurgicale de l'exostose par voie antéro-latérale pré-sterno-mastoïdienne. La technique en est à présent parfaitement réglée, c'est une intervention bénigne, ne comportant que fort peu de risques. Le transit oesophagien très vite normal évite l'apparition d'un syndrome de dénutrition sévère, rendu plus grave encore par l'âge souvent avancé de ces malades. La gastrostomie palliative, avec tous ses dangers, ne semble plus désormais avoir d'indication ici.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. LORTAT-JACOB

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ARBARETIER - Les spasmes dits primitifs de l'oesophage - Thèse Paris 1953
- BAUER F. - Dysphagie due à une spondylose cervicale - J. Laryng. Otol. Oct. 1953, 67, n° 10, 615-630, 9 fig. (Bibliogr.)
- BEAHRIS O.H. et SCHMIDT H.W. - Dysphagie due à des lésions hypertrophiques de la colonne cervicale - Ann. Surg., Fév. 1959, 149 N° 2, 297-299, 2 fig.
- BOULET, GODLEWSKI, RODIN et BOYER - Dysphagie grave ayant nécessité une gastrostomie, d'origine arthrosique - Soc. Sc. méd. et biol. Montpellier, 1er Mars 1946.
- BOULET-GERCOURT J. - La forme dysphagique de la spondy-larthrite, ankylosante Thèse Paris, Juillet 1952 41 pages, 2fig.
- BROMBART M. - Les dysphagies d'origine extraoesophagienne - Acta gastroenterol. belg. juil-août 1952, 15, n° 7 et 8, 573-588, 14 fig. (Bibliogr.)
- J. CAUCHOIX, J.P. BINET et J. EVLARD - Des voies inhabituelles dans l'abord des corps vertébraux, cervicaux et dorsaux - Ann. Chirurg. Oct. 1957, vol. 11, n° 19-20.
- CHOLODENKO - Compressions extrinsèques de l'œ sophage - Mémoire pour le certificat d'Electro-Radiologie - 1957
- COURILLEAU - Essai de limitation et de classification des dyskinésies oesophagiennes - Thèse Paris 1952.
- CUMMINGS G.O. - One hundred cases of Esophageal Diseases - J. Maine M.A. 1946, 37, 275.
- ELOONER L. - Spasme de l'oesophage accompagnant le rh. vertébral Western J. of Surg., mai 1931, 39, 341-346.
- FAIK P. - Arch. ohren - Nasen-Kehlkopfh, 1941, 1, 150
- FERNANDES - Troubles de la déglutition par épaissement osseux de la colonne cervicale - Soc. O.R.L. Amsterdam, 1938, in Zblt, 1940, 33, 95.
- FOUSSETIER-CHABANIER 1954 n° 708 Paris - L'apport de la radiologie dans le diagnostic des dysphagies hautes d'origine extrinsèque.

- FUGAZZOLA F. - Sindrome disfagica da osteofitosi della colonna cervicale - Minerva med., 1946, 507.
- GOGMOS - Spasmes de l'oesophage par rhumatisme vertébral
Thèse Paris 1950
- HECK C.V. - Hoarseness and Painful Deglutition due to Massive cervical Exostoses - Surg. Gyn. Obst. 1956, 102, 657.
- HEIMENDINGER E., KLOTZ G. et LAFON J.C. - A propos d'un cas d'arthrose cervicale avec dysphagie - Strasbourg méd., Oct. 1952, 3, n° 10 757-758.
- HENRIOT R. et DESSE G. - Dysphagie et lésions cervicales - Ann. Oto-laryng. Juin 1957, 74, n° 6, 481-482.
- HENSCHÉL Ch. - Rhumatisme vertébral et déglutition - Acta Oto-rhino-laryngol. belg. 1952, 6, n° 5, 429-430.
- D. HILDING, MIHRAN O. TACHDJIAN - Dysphagia and hypertrophie spurring of the cervical spine.
- KABANCHIK M. et SCHMUNIS M. - Dysphagie par spondylose cervicale - Prensa med. argent. 20 Août 1954, 41, n°34, 2429-2432, 4 fig. (Biblio).
- KERTZNER B. et MADDEN W.A. - Dysphagie causée par des exostoses du rachis cervical - Gastroenterology, nov. 1950, 16, n° 3 589-592, 2fig. (Bibliogr.).
- KINDLER - Forte stenose oesophagienne par incurvation de la colonne cervicale et son traitement - 33° Congrès de la Soc. des O.R.L. Allemands du Surd-Ouest - Fribourg 1950.
- KLOTZ P.L. - Dysphagie par lésions vertébrales - Encycl. méd. chir. O.R.L. fiche rose 20.800, 1er ed., 4-1953.
- LEROUX ROBERT J., PEUTEUIL G., THIERREE R. et FOUSSIER (Mme)
Forme dysphagique d'hypérostose ankylosante cervicale - Presse méd. 23 Juin 1954, 62, n° 46, 989
- MAY E. - Forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique - Thèse Paris, 1939, N° 470, 73 pages.
- MAY E., MAGDER et MAY Em. - La forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique - Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 7 juillet 1939.
- MOSCHER H.P. - Exostoses of the cervical vertebrae as a cause for difficulty in swallowing - Laryngoscope, 1926, 36, 181.
- S. NEMOURS-AUGUSTE et N. BARAG - Dysphagie par arthrose cervicale - Presse Médicale 25/XII/1960.

- PATTERSON H.A. et BIERLY G. - Occlusion de l'oesophage due à des lésions de la colonne cervicale - Ann. Surg. Juin 1958, 147, n° 6, 863-867 (Bibilogr.).
- PESCATORI G. - Spasmodell'esofago da spondilosi deformante ipertroficacervicale - Giorn. Clin. Med. 1938 n° 19, 530.
- PINCISOHN A. - Oesophagusstenose infolge vertebraler Exostosen Berlin Klin. Wschr. 1921 58, 20.
- PIQUET J. - Les troubles pharyngo-laryngés par spondylite déformante de la colonne cervicale - Ann. oto-laryng. 1951, 68, n°10, 697-704 (Bibliog.
- POINSON R. et CHARPIN I. - Une cause rare de dysphagie : la spondylose - Rev. Rhuma. 1946 - 327.
- PORRAS T. - Dysphagie progressive par lésions pseudotumorales des corps des vertèbres cervicales - Prensa méd. argent., 8 Mars 1957, 44 n° 10, 714-716, 1 fig.
- REBATTU J.P., MEREAUD P., LAFON H. et BERTOIN P. - Forme dysphagique de l'hyperostose ankylosante vertébrale sénile J. franç. O.R.L., mai 1956, 5, n° 3, 299-302.
- REBATTU J.P., MEREAUD P., LAFON H. et BERTOIN P. - Forme dysphagique de l'hyperostose ankylosante vertébrale sénile - Rev. franç. Gêront. déc. 1956, 2, n° 6, 389-392.
- RONDERMAN A.I. - La dysphagie dans la spondylose déformante des vertèbres cervicales - Westnik, Oto-rhino, laringologuii, (russe) 1957, n° 4, 88-90, 2 fig.
- SCHLACHTER A.A. - Spardylose déformante de la colonne cervicale causant de la gêne de la déglutition - Nederl. tijdschrift v; gen. oct. 1933 77, 4683-4685.
- SMITH, TANNER - Complication of gastroscopy and oesophagoscopy Brit. Jour. of Surg. 43, 1955-56.
- SPITZENBERGER O. - Arthritische Randzacken bildungen ander Halses wirbelscûlle abs Ursach von Schluck beschwirden - Roentgen Praxis, 1936, 8, 159
- STOPPANI F. et BORINI L. - Dysphagie syndrome due osteophysis of the cervical spine - Valsalva, 1938, 14, 484
- TEMPLETON - Mouvements de l'oesophage et autres maladies oesophagiennes - Gastro. Enterol. - Baltimore, Janv. 1948.

- TUPIN et CAMOU R. - Appropos d'un cas de dysphagie en rapport avec une spondylite déformante spécifique de la colonne cervicale - J. franç. Oto-rhino-laryng. Octo. 1953.
- VAN HOVE - Séquelles de deux exostoses vertébrales consécutives à une fracture sur C₅ et C₆ - Acta orthopœdia Belgica 19 1953.
- WIETHE C. - Spondylarthritidis der Halswirbelsäule als Ursache von Schluckbeschwerden - Zeit. f. Laryng., 1933, 24, 54.
- ZAHN H. - Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose - München med. Wschr., 1905, 52, 1680.
- ZAHN H. - Ein zweiter Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose - München Med. Wschr. 1906, 53, 906.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90